CIRRHOSE DU FOIE OU HEPATIQUE

CHR ORLÉANS

Plan

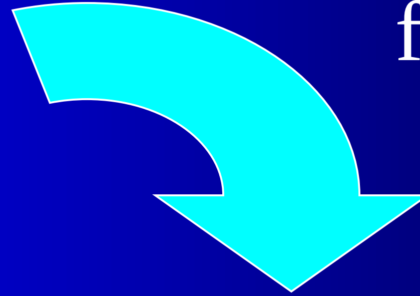
1. La Cirrhose Hépatique - Définition
2. Quelles sont les causes ?
3. Quels sont les signes ?
4. Quels sont les examens permettant de déceler une cirrhose ?
5. Evolution de la maladie
6. Cas Concret
7. Démarche de soins

Définition

- C’est une affection du foie caractérisée par la prolifération du tissu conjonctif, la nécrose des cellules du foie et la présence de nodules.

Définition





Du foie sain au foie cirrhotique



Quelles sont les causes ?

- L’alcoolisme 50 à 75 % des cas,
- L’hépatite chronique virale C 15 à 25 %,
- L’hépatite chronique virale B 5 %,
- D’autres causes plus rares telles que l’hémochromatose génétique, la cirrhose biliaire, une hépatite auto-immune, un déficit en alpha1 antitrypsine…
- Les cirrhose sont responsables de 15000 décès en France.

Quels sont les signes ?

- Ictère des conjonctives, angiomes stellaires, erythrose palmaire, blanchiment des ongles, circulation veineuse collatérale, flapping tremor.

- Splénomégalie (signe d’hypertension portale)

Quels sont les examens permettant de déceler une cirrhose ?

- Biologiques :
  - Hypoalbuminémie,
  - Diminution de la capacité de coagulation,
  - Augmentation des transaminases,
  - Anémie, diminution du nombre d’ érythrocytes et des plaquettes.

Examen Endoscopique





Recherche de présence de Varices Oesophagiennes ou d’ulcères.

Biopsie Hépatique



Par voie cutanée ou transveineuse.

Echographie abdominale. IRM

L’ EVOLUTION DE LA MALADIE

L’Ascite :

- Complication la plus fréquente, épanchement liquidien dans la cavité péritonéale qui se traduit par une distension de l’abdomen.
- Liquide clair de couleur jaune pale, s’accompagne d’une diminution de la diurèse et d’ oedèmes des MI.

L’Ascite :

- A un stade avancé, apparition des troubles hydroélectrolytiques (Diminution du NA, du K et de l’azote), gène respiratoire, épanchement pleural, hernie ombilicale, RGO, infection bactérienne du liquide d’ascite avec AEG, diarrhée, Température, contractures abdo, poussée d’encéphalite.

L'Ascite - Ponction





L’Ictère :

- Aggravation de l’insuffisance hépatocellulaire, augmentation de la bilirubine dans le sang.
- Entraîne des infections fréquentes dues à la diminution du système de défense antibactérien.

Les Hémorragies Digestives (méléna, hématémèse) :

- Ce sont des complications fréquentes et graves, ruptures de VO, ulcère gastro-duodénal, gastrite hémorragiques…
- Dans l’urgence une fibro est effectuée, car les troubles de coagulations favorisent les hémorragies et des gestes sont souvent nécessaires.

L’Encéphalopathie :

- Elle peut être spontanée ou provoquée par une cause précise (infection, sédatifs, diurétiques, anti- douleurs …).
- Le stade est variable de même que son évolution. L’atteinte du cerveau se manifeste par une confusion, une somnolence, des crises d’épilepsies, voir un coma.
- Le traitement consiste à un sevrage absolu en alcool, à la mise en place de diurétiques et un traitement symptomatiques des complications.

Le Cancer Du Foie :

- Complication la plus grave de la cirrhose qui peut aboutir à plus ou moins long terme au décès du patient.
- En dernier recours et à un stade très évoluée de la maladie une greffe du foie peut être envisagée, avec par la suite un traitement immunosuppresseur au long cours (corticoïdes, ciclosporine, azathioprine…).

CAS CONCRET

Monsieur S, 58 ans adressé en médecine H du 05 au 08/01/07 pour un drainage d’ascite et prise en charge d’encéphalopathie hépatique.

CAS CONCRET - ANTECEDENTS

- Février 2003 : Hémorragie digestive, rupture de VO (stade 3) Ligatures par élastiques 4 fois. Cirrhose éthylique connue depuis cette hospitalisation.
- Complication par une ascite réfractaire pour laquelle il est suivi régulièrement en HDJ pour des ponctions évacuatrices.
- Traitement habituel : Avlocardyl 160 mg LP 1/ jour

CAS CONCRET – EXAMEN CLINIQUE

- TA 10/6, T° 36,5, Pds : 64,5 kgs,
- Pouls 56.
- Abdomen souple et indolore, circulation veineuse collatérale, présence d'ascite, pas d'ictère. Le patient déclare poursuivre sa consommation d'alcool qu'il estime autour d' 1 litre/ jour.

CAS CONCRET – EXAMEN NEUROLOGIQUE

- ralentissement psychomoteur,
- patient confus,
- légères trémulations.

CAS CONCRET – PRESCRIPTION MEDICALE

- Bilan sanguin : Iono sang, BH, AFP, NFS, lipase, albuminémie
- Une ponction d'ascite (si DA > 5 litres poser 20 g d'albumine)
- Le traitement : duphalac 3 sachets /j
  Avlocardyl 160 mg 1/j
- Régime sans sel 2 à 3 g, RH d'1 litre/j

CAS CONCRET – RESULTATS BIOLOGIQUES

- NFS : GB :7000, Hbg : 9,7 g/dl, plaquettes : 258000, CRP : 46 (<12), TP : 76 %, TCA : 36 /31
- Iono : Na : 132 umol, K : 4,1 , protides : 78 g/l, Créat : 130um/l, urée : 8,7 mmol/l(2 à 7).
- BH : Asat 42 UI/l (50), Alat 21 UI/l (40), GGT 158 UI/ l (65), PA 192 UI/ l (80), Bili totale 29 umol (20), Bili directe 10umol (5), lipasémie 26 (51), albu 23 g/l
- AFP : 5ng/ml(15)
- Ponction d’ascite : protides 13 g/l, absence de germes en direct et en culture, 5,400 litres d’ascite ponctionnée.

Démarche de soins

1. **<u>EXCES DE VOLUME LIQUIDIEN</u>** manifesté par 1 essoufflement, des oedèmes et une gène à la mobilisation.
   – Accueil, installation du patient dans la chambre, lui donner la sonnette, mesure des paramètres (Pouls, TA, T° et poids).
   – Lavage des mains simples ou Sterilium, effectuer prise de sang et pose KTP avec asepsie de la peau en 4 temps et gants stériles.

Démarche de soins…

- Aider le médecin pour le drainage d’ascite et préparer le prélèvement d’ascite.
- Vérifier le branchement du KTP et de la tubulure jusqu’au Baxter.
- Préparer et envoyer les tubes et prélèvements au labo
- PM : Pose de 2 flacons d’albumine en IV si volume d’ascite est > à 5 litres.
- En fin de ponction, mise en place d’un pansement compressif avec du coalgant et du duoderm.
- Programmation d’un prochain RDV à la sortie du patient.

Démarche de soins…

2. **<u>ENCEPHALOPATHIE</u>** : Altération du mode de la pensée avec surveillance de l'état de conscience et troubles des opération de la pensée et risque de non observance de ttt.

- Débuter le traitement prescrit le + tôt possible sur Pm (Duphalac).
- Mettre les barrières, surveiller le remplissage des Baxters, en ne dépassant pas les 12 litres car risques d'hémorragie digestive avec rupture de VO.
- Poser des questions simples et voir s'il est orienté au niveau temporospatiale.

Démarche de soins

3. **<u>ROLE EDUCATIF</u>** : Rappel contre indication de l’alcool et les problèmes de santé afférents. Proposition d’une aide psycologique et d’un RDV avec la cellule addictologie.

4. **<u>EVOLUTION</u>** : Le patient sous TTT par Duphalac s’améliore, avec disparition du syndrome confusionnel. Plus de signes d’encéphalopathie, une écho abdo est prévue, rôle probable de l’intoxication éthylique, le patient sera revu en HDJ pour un prochain DA dans 15 jours.